

Actividades Científicas de la Real Academia de Medicina de Barcelona

Mes de Octubre de 1954

Día 15.—El muy ilustre señor Dr. D. Pedro DOMINGO, miembro numerario de esta Real Academia, y hoy Director del Instituto Nacional del BCG de Cuba, ocupa nuestra tribuna para hablar de *La selección de los candidatos a la vacunación BCG*.

El Presidente, Dr. COROMINAS, demuestra la complacencia que siente nuestra corporación por volver a tener en su tribuna la personalidad del ilustre conferenciante, que, ausente ahora de nuestra patria, vuelve a ella con frecuencia y se complace en cambiar opiniones con los miembros de nuestra Academia, que le tienen en el mismo afecto o mayor, si cabe, que cuando convivía con nosotros, a los cuales él corresponde generosamente enviando de vez en cuando a nuestra corporación noticias de los importantes trabajos que lleva a cabo en la República hermana, en la cual ocupa uno de los más brillantes cargos de la Medicina cubana.

El Dr. DOMINGO, después de corresponder efusivamente a la salutación del Presidente, dice que Cuba, por su condición de país isleño, sin razas aborígenas que pue-

dan considerarse mantenedoras de estados de sensibilidad especial, con núcleos urbanos y rurales ampliamente comunicados entre sí, con un apreciable grado de cultura media y una cultura sanitaria bastante cultivada, se presta bien al estudio de este fenómeno universal que es el descenso de la mortalidad tuberculosa que viene observándose en estos últimos años.

Dice que es indudable que sólo al médico corresponde esta disminución de la mortalidad por tuberculosis, pues él es quien, siguiendo la evolución de los nuevos descubrimientos y el mejor conocimiento de la infección tuberculosa ha dejado de dar importancia a ciertas medidas que antes se consideraban capitales, tales, por ejemplo, el empleo sistemático de la creosota, el uso de cubiertos especiales para el enfermo, para evitar la difusión de la enfermedad, para ver en el Sanatorio un elemento esencial de protección. Ha dejado de aconsejar la ingestión excesiva de alimentos como fuente de protección específica y ha encontrado en la vacunación por la vacuna de BCG una forma de ele-

var el nivel de protección, y así tantas otras cosas.

Cuba ha visto descender en 20 años las cifras de su mortalidad por tuberculosis desde 75 a 32 por 100.000. Esta disminución, de un 43 por 100, con ser mucho, significa una cifra modesta en relación con lo que se ha logrado en otras partes. Con relación a esta realidad cabe preguntar si ella es debida a una disminución del número de infectados. En tal sentido, esta pregunta viene contestada por el estudio de la infección precoz. Para su demostración proyecta el conferenciante un primer cuadro por el cual se ve que el índice de alergia tuberculínica en el niño durante el primer año de la vida ha variado, por lo que se refiere a la ciudad de La Habana, de 15,29 por 100 en el año 1930 a 24,00 por 100 en 1943.

La política sanatorial de Cuba no ha podido alcanzar los límites previstos necesarios, lo cual hace que muchos bacilíferos difundan la infección, especialmente aquellos para los cuales se halla la enfermedad en sus comienzos. Van a parar al Sanatorio los que se consideran bacilíferos en abundancia, pero difunden el germen multitud de enfermos ambulatorios con lesiones iniciales mínimas.

Pasa a considerar la relación que existe entre el número de niños enfermos de tuberculosis y la gran cifra general de niños alérgicos.

En Cuba, como en tantos otros países en los cuales no es obligatoria la declaración de la enfermedad tuberculosa, es muy difícil obtener cifras normales a este respecto. Pero, hasta cierto punto, existe una cifra que puede considerarse como índice, que es la del número de niños tuberculosos ingresados en los hospitales de La Habana.

El contagio masivo en el propio domicilio es la gran fuente de enfermedad; y el contagio de la calle es la gran fuente de alergia, o sea gente que se infecta en forma discreta, que les sirve para lograr un aumento de resistencia sin pasar por el estado de enfermedad.

Se puede llegar a las siguientes conclusiones:

Primera: Los modernos tratamientos reducen drásticamente la cifra de mortalidad del niño enfermo.

Segunda: La Vacunación por BCG ha hecho disminuir, también de una manera drástica, el número de enfermos entre los vacunados.

Tercera: En la población infantil sin vacunar la incidencia de la enfermedad tuberculosa no ha disminuído.

Esto permite ya señalar, en orden a la selección de los candidatos a la vacunación por BCG, que no es aconsejable, en un medio como el descrito, iniciar la vacunación en la edad escolar, sino que debe efectuarse tan pronto como

sea posible, después del nacimiento.

Según el Dr. DOMINGO, cada país ha de estudiar su problema, procurando saber si es necesario efectuar la vacunación del recién nacido o no; o bien si se hace en edad escolar, teniendo en cuenta que haciéndolo así se pueden perder muchos niños pequeños. Está bien practicar la vacunación escolar, pero la mejor es la de la infancia.

En Cuba, como en España, debe empezarse por el recién nacido, revacunando cuando haga falta. Y debe ponerse en claro lo que el BCG significa, para no dar lugar a falsas alegrías.

Con este criterio, la vacunación significa un positivo progreso, al cual debe acogerse el médico, creyendo que debe utilizarlo por ser el BCG de acción positiva.

Termina el Profesor DOMINGO su conferencia diciendo que, de todo lo dicho debe llegarse a alguna conclusión de carácter general.

Que en los países o regiones de alta endemidad es necesario iniciar la vacunación por BCG desde los días que siguen al nacimiento.

Que para los niños mayores, que deban vacunarse por vía intradérmica, son precisas pruebas alérgicas que den la máxima seguridad de que no se está vacunando a niños ya infectados.

Que el anergeno tuberculínico bacilar se presta muy singularmente para las investigaciones alérgicas relacionadas con la selección

de los candidatos a la vacunación por BCG.

El Profesor RAMOS, después de ponderar como se merecen las palabras del Dr. DOMINGO, dice que de ellas pueden derivarse muy importantes sugerencias, de las cuales sólo recogerá algunas. En primer lugar afirma que la becegeterapia se practica ya hace algunos años en nuestra Facultad de Medicina. Refiere que en algunos casos de meningitis tuberculosa con encefalitis que, a los tres meses de tratamiento por isoniácida el enfermo empeoraba, se ha usado el BCG por vía intradérmica y se ha visto producir rápidamente un absceso, que supuraba, pero que curó aplicándole polvos de isoniácida. Han podido recogerse siete casos de estos fatales, y en todos ellos se obtuvo una mejoría rápida, desapareciendo los espasmos y logrando obtener radiografías normales. De modo que cree el Dr. RAMOS, que la becegeterapia es un arma magnífica. Pero el problema consiste en fijar cuál sea el momento oportuno de practicar la becegeterapia en estas formas graves. Opina el Dr. RAMOS, que en los primeros momentos deben emplearse los antibióticos, pero cuando ya está vencido el enfermo y el organismo no reacciona, cosa que suele ocurrir a los tres meses, es cuando debe estimularse aquella alergia. No todo se ha de reducir a luchar contra el germen, sino que es pre-

ciso también contar con el organismo.

Día 15.—En este mismo día, el académico numerario muy ilustre Sr. Dr. D. Luis SAYÉ habló de *La cuti-reacción con BCG*, empezando por exponer los trabajos de Frappiel y Geui comunicados en junio de 1948 al I Congreso Internacional del BCG. Según ellos, practicando la cuti-reacción en anérgicos o en tuberculino positivos con alergia atenuada, la reacción positiva se reconoce a las 24 horas, caracterizándose por edema y enrojecimiento de 1-3 milímetros. Los autores comprobaron, que en el 22,9 por 100 de las 626 personas examinadas con reacciones negativas a altas dosis de tuberculina, con esta técnica se demostraba la «Alergia tuberculosa total», o sea a la tuberculina, a las proteínas bacilares y a los cuerpos bacílicos.

Desde el mes de abril del presente año, en el curso de la observación de niños vacunados en forma intensiva por vía digestiva, el disertante ha examinado el resultado de la cuti-reacción con BCG vivo (CB) con el fin de investigar su posible utilidad para reconocer la infección virulenta en los vacunados. El número de observaciones es de 204; 101 corresponden a infectados con germen virulento, y 103 a vacunados, aparentemente sin la infección virulenta. La emulsión de BCG empleada procedía del Laboratorio Municipal de Barcelona, en cuya sección de BCG, éste se pre-

para con una cepa recibida recientemente del Instituto Pasteur de París, que contiene 10 centigramos por centímetro cúbico, y el autor ha empleado también el BCG del mismo Instituto, haciendo la dilución, que contiene 7 centigramos y medio por centímetro cúbico.

La técnica empleada fué la siguiente: previa la desinfección de la piel de la región deltoidea con éter, se practican dos escarificaciones de medio a un centímetro sin provocar salida de sangre, y separadas por un espacio de 2 centímetros, practicando la inferior a través de una gota de la emulsión de BCG; se cubre la zona escarificada con una gasa esterilizada, que se deja aplicada por espacio de 24 a 48 horas. A nivel de la escarificación con BCG y en la parte interna del brazo se practica un tatuaje a través de una pequeña gota de tinta china esterilizada, con el fin de reconocer, al reabsorberse la inflamación, la zona en que se haya practicando la reacción. De igual modo se procede en los vacunados por vía digestiva. Practicando una sola punción con una aguja para inyecciones intradérmicas el tatuaje es muy pequeño y no alcanza a un milímetro.

Los tipos de reacción observados han sido: la reacción *negativa*: la lectura a las 24-72 horas no revela diferencia alguna entre la escarificación testigo y la hecha a través el BCG; el *tipo tuberculínico* se caracteriza al tacto por un ligero

relieve y un enrojecimiento de uno a tres milímetros, pudiendo distinguirse o no la línea de escarificación; raras veces, a los 8 ó 10 días se observa una descamación superficial en la zona central de aquélla; otras veces se observa el tipo queloideo en los períodos iniciales y terminales de la reacción, incluso algunas veces una erupción folicular de 12 a 20 elementos. En el tipo *tuberculínico descamativo*, el diámetro de la reacción edematosa y eritematosa es ya mayor desde el principio, de color rojo intenso, y a los seis u ocho días se ha formado una costra a lo largo de la escarificación, costra que persiste por espacio de una a tres semanas, dejando una zona infiltrada dura, que se reabsorbe lentamente. El tipo *supurativo abortivo*, que se comprueba entre las 24 y 48 horas y se caracteriza por la intensidad de la infiltración y del enrojecimiento, y por la formación de pus en la línea de escarificación.

No se puede determinar con precisión el tiempo que dura la evolución de los distintos tipos, sino únicamente decir que, en términos generales, el tipo tuberculínico en los vacunados persiste por espacio de dos a tres meses y que el descamativo y el supurativo abortivo son de duración más prolongada.

En ningún caso se ha observado adenopatía regional ni la aparición de síntomas anormales que puedan atribuirse a la cuti-reacción con BCG.

A continuación proyecta el Doc-

tor SAYÉ unos cuadros comparativos de los resultados de la cuti-reacción con BCG en infectados con germen virulento; los tipos reaccionales y la alergia tuberculínica en infectados con germen virulento, con alergia negativa o atenuada y con alergia positiva y los tipos reaccionales y alergia tuberculínica en vacunados aparentemente sin la infección virulenta.

El Dr. MIRALBELL CENTENA, después de elogiar la interesante aportación del Dr. SAYÉ dice que sus observaciones personales le han demostrado que la diferencia entre los resultados de la cuti-reacción en un enfermo o en un vacunado se basan en la prontitud de reacción. El vacunado reacciona a las 24 horas, o sea que su reacción es predominantemente alérgica; y en cambio, en el contagiado se produce un eritema en el que predomina el nódulo; y cree que lo más significativo es el nódulo y su persistencia.

Día 26.—El Dr. Eliseo SUBIZA, Jefe de los Servicios de Alergia del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid y del Departamento de la Alergia del Instituto Nacional de Medicina del Trabajo, ocupa nuestra Tribuna. El Presidente, Dr. COROMINAS le saluda en nombre de la corporación y se complace de que una personalidad de tanto relieve venga a nuestra ciudad a hablar de un tema tan interesante en la Medicina del Trabajo, y de tanta importancia desde los

puntos de vista social y económicos como el de la *Alergia en la Industria*.

Agradecidas por el Dr. SUBIZA las palabras que le ha dedicado el Sr. Presidente, entra en el desarrollo de su conferencia diciendo que ya desde mucho antes de conocerse los fenómenos de hipersensibilidad se conocía la existencia de dermatosis profesionales por contacto, así como la existencia de ciertas manifestaciones, hoy comprobadas como alérgicas, que afectan al aparato respiratorio, tales como el asma de los algodonereros, el asma del cromo, etc.

Es difícil poder catalogar a los alérgicos profesionales, pues si bien en algunas ocasiones el diagnóstico es sencillo, en otras no lo es tanto. Una primera dificultad estriba en la posibilidad de que una persona alérgica lo sea por causa extraprofesional, y no por el ejercicio de su trabajo. Por otra parte, existe un grupo de afecciones alérgicas, que podría decirse lo son en tono menor, que es muy difícil de atribuir a una causa profesional. Y, aparte de todo ello, hay una disparidad de criterios entre los distintos autores para lograr el encasillamiento de las distintas enfermedades.

Por todas estas razones, cree el Dr. SUBIZA que, mejor que hacer una exposición exhaustiva de las causas de alergia profesional, es mucho más interesante conocer las

características de la sensibilización laboral.

En principio, podremos considerar el fenómeno de la sensibilización como el producto patológico de un individuo predispuesto, que se ponga en contacto con un alérgeno sensibilizante. Además, debe tenerse en cuenta que hay casos en que la predisposición individual lo es todo y el alérgeno es puramente circunstancial, al frente de otros en los cuales la predisposición individual es poco manifiesta y el alérgeno tiene una potencia tal que por sí solo es capaz de originar la sensibilización.

La primera variante, es decir, la que considera a la predisposición individual como el factor más importante, es, quizá, la más conocida y la que se alega quizá también con demasiada insistencia. Se trata de individuos que captan de una manera extraordinaria todos los sensibilizantes, y que al nacer ya revelan esta predisposición que les llega del mundo exterior, que son los alimentos, a la acción de los cuales reaccionan con el conocido cuadro del eczema exudativo del lactante. Más tarde pueden cambiar estas manifestaciones alérgicas de eczemas por asma, y así sucesivamente su sensibilidad se va haciendo más polivalente.

La segunda variedad tiene interés porque corresponde, muchas veces a las alergias que se observan por efecto de las distintas profesiones. En ellos el factor heredi-

tario y constitucional no suele ser tan evidente, pero, en cambio, resulta apreciable el contacto masivo con determinados alérgenos que han demostrado poseer una potencia alergizante importante.

Para comprender la sensibilización del hombre debemos tener en cuenta que hay una *predisposición individual*, que depende de diferentes factores. Por una parte, hay que tener en cuenta la herencia, pero existen también otros factores coadyuvantes de la sensibilización. En el campo de los factores individuales, si consideramos la carga alérgica familiar de un núcleo de niños con asma, observaremos la importancia que en estos casos suelen tener los factores genéticos. Veremos que casi todos ellos tienen antecedentes familiares de enfermedades alérgicas. En cambio, si consideramos en un grupo de asmáticos adultos el factor herencia, veremos que la carga alérgica familiar tiene menos importancia, aunque siga manteniéndose en valores aproximados del 40 al 50 por 100 de los casos.

Si observamos, por otro lado, que los alérgenos que sensibilizan en el asma no pueden considerarse como excesivamente patentes, no tendremos más remedio que aceptar, para estos casos, que una serie de factores que influyen fuera de la vida uterina han creado un estado que facilita que el individuo se sensibilice. En estos casos, decimos que esos factores son

de predisposición adquirida, ya que también tiene cierto interés para comprender algunos factores de la alergia laboral.

Los factores facilitadores pueden distinguirse en endógenos y exógenos.

Son factores endógenos todos aquellos traumas psíquicos que pueden tener influencia sobre la labilidad del sistema nervioso vegetativo. Lo mismo puede decirse de los estigmatizados en este sistema por ciertas influencias endocrinas, tales como el hipertiroidismo u otras. Este hecho es digno de tenerse en cuenta, pues muchos tratamientos correctos hiposensibilizantes no producen efecto si no se procura corregir la alteración tiroidea.

Entre los *factores exógenos* tienen interés todos aquellos que alteran, por un procedimiento mecánico, físico o químico las defensas de nuestro organismo, favoreciendo de esta manera la penetración del alérgeno.

A continuación refiere el Dr. SUBIZA algunos casos prácticos para demostrar la acción de estos factores exógenos.

Por lo que se refiere a la alergia dermatológica, la importancia en Medicina del Trabajo es extraordinaria. Aproximadamente el 1 por 100 de la población laboral padece de dermatosis de trabajo, tanto que en los Estados Unidos consideran que estas enfermedades ocasionan la pérdida de mayor can-

tidad de horas de trabajo que todas las enfermedades profesionales juntas.

Las dermatitis por contacto de sustancias tóxicas forman un importante capítulo dentro de las dermatosis profesionales y son debidas, casi siempre, a la manipulación de productos cáusticos, alcalinos, sales muy concentradas y de efectos perjudiciales para la piel. Asimismo deben englobarse en este grupo de toxicodermias aquellas lesiones foliculares producidas por el contacto de aceites minerales.

Deben de tenerse en cuenta también aquellas sustancias que, además de su acción tóxica sobre la piel por simple contacto, poseen niones metálicos que facilitan la sensibilización, como ocurre por ejemplo con el cemento que, a veces, contiene partículas infinitesimales de cromo que facilitan la acción irritativa de aquellas sustancias.

Las resinas, gomas, barnices y materias plásticas son también potentes alérgenos. Es conocida, por ejemplo, la frecuencia con que se observa la alergia a la laca para uñas y también la frecuencia de la sensibilización a la trementina contenida en la cera para faenas domésticas. Los oficios que más perjudicados resultan por el uso de estas sustancias son: ebanistas, pintores, fabricantes de plástico, etcétera. Otras sustancias de este grupo vegetal, que actúa como po-

deroso alérgeno, es el caucho y sus derivados. En la industria textil, tintorería, peletería y peluquería se emplean anilinas, colorantes azoicos y otras sustancias capaces de sensibilizar. Las medias de nylon pueden originar una reactivación extraprofesional de este tipo de sensibilidad, por acción de sus colorantes. Los persulfatos, los antibióticos, ciertas drogas como el yodoformo, salvarsán, etc., pueden ser causa de dermatitis por contacto.

Por lo que se refiere a la *alergia respiratoria*, el problema, desde el punto de vista profesional, tiene menos importancia si se admite como enfermedad alérgica profesional aquella en que el alérgeno sensibilizador ha de ser proporcionado por el trabajo. Entre los asma auténticamente profesionales, puede contarse el asma de los agricultores y oficios rurales, que mejoran sensiblemente al trasladarse a la ciudad. Sus causas están ligadas al ambiente rural y no son auténticamente profesionales, ya que pueden trascender a otras personas no profesionales que vivan en la misma localidad.

Refiere luego el asma de los entomatólogos, que trabajan con parásitos intestinales; el de los molineros, que sufren con relativa frecuencia de asma y rinopatía alérgica; el asma de los impresores, que parece debida a la goma de acacia que se emplea para espesar la tinta de imprimir; la de los obre-

ros que trabajan en las fábricas de insecticidas, probablemente por la acción del pelitre; la de las industrias cosméticas, por la acción de la raíz de lirio; la de los algodones, quizá por la acción de restos de semillas que existen en el algodón en bruto. Asimismo los farmacéuticos pueden sensibilizarse a la ipecacuana, ruibarbo, harina de linaza, etc.

Y, para terminar, refiere la alergia respiratoria observada en los ebanistas y carpinteros que trabajan maderas tropicales (Ukola, Nervero, Tokaseyoko, etc.). Los obreros saben que cuando trabajan con estas maderas tienen estornudos, lagrimeo, picor de ojos y, en algunas ocasiones, fenómenos asmógenos. Y se refiere, por último, al asma de los obreros del cáñamo y del esparto, indudablemente existente, pero cuyo origen no se ha podido demostrar en forma experimental.

Mes de Noviembre de 1954

Día 17.—En este día ocupa la tribuna el académico numerario muy ilustre Sr. Dr. D. Luis TRÍAS DE BES, para desarrollar la conferencia que lleva por título: *Consideraciones acerca del tratamiento de las endocarditis lentas por los antibióticos durante los diez últimos años.*

Empieza diciendo que entre los éxitos terapéuticos alcanzados por la penicilina, una de sus conquis-

tas mejores fué, indudablemente, su aplicación al tratamiento de las endocarditis lentas. Hasta 1943 en que el Comité Inglés de Terapéutica considera que la endocarditis no era tributaria de la penicilina, podía admitirse que su mortalidad era de un 100 por 100. Fué LOEWE quien, en enero de 1945, sobreponiéndose a la nota pesimista inglesa, ensayó su empleo en 12 casos, obteniendo la curación en 7. Su ejemplo es imitado por los americanos y es desde aquella fecha que ha entrado el tratamiento de la endocarditis lenta decididamente por la vía de los antibióticos. A partir de entonces se repiten las publicaciones refiriendo curaciones de endocarditis lenta por la administración de penicilina en diferentes dosis.

Así fué siguiendo el optimismo hasta llegar a 1947, en que PRIS llegó a la conclusión de que la endocarditis lenta es una enfermedad curable en un 100 por 100. Esta euforia continuó hasta 1949 en que empiezan a publicarse casos en que la penicilina no ejerce ninguna acción.

Para hacer más comprensible esta afirmación, el conferenciante proyecta un cuadro en el que expone los resultados obtenidos en su servicio del Instituto Municipal de Infecciosos. Por él se ve que a partir de 1949 disminuye notablemente el número de casos de endocarditis negativa, lo cual atribuye el Dr. TRÍAS al empleo de los antibió-

ticos que hacen reducir el número de casos de endocarditis positiva.

Ahora bien, si la morbosidad por la endocarditis lenta ha disminuído, no ha ocurrido lo mismo con su mortalidad. Es decir, si ha disminuído el número de enfermos, en cambio ha aumentado el índice de mortalidad.

En el primer año se logró curar 23 enfermos de entre 33. Hoy, de 17 casos, sólo hemos logrado negativizar 9, lo cual da un porcentaje de 52,9 por 100 inferior al anterior.

Este hecho es tanto más significativo por cuanto los tratamientos que se empleaban antiguamente ahora los consideraríamos ridículos, pues antes se empleaban dosis que hoy serían manifestamente exiguas. Y en cambio, ahora que empleamos dosis mayores, la mortalidad ha aumentado.

No parece sino que la eliminación de los gérmenes sensibles es un hecho positivo. Pero, en cambio, las nuevas implantaciones son más resistentes, siendo del tipo *viridans sanguis*, *enterococo fecalis*, etcétera., que son de distinta especie de los *viridans mitis*.

¿Cuáles son los factores de esta resistencia? El Dr. TRÍAS los clasifica en cuatro grupos:

1.º Endocarditis lentas en las cuales el germen es generalmente resistente por sí mismo.

2.º Otro grupo formado por re-

infecciones cardíacas, es decir, por enfermos que habían sufrido de endocarditis, que aparentemente curaron y vuelven a repetir.

3.º Endocarditis por infección mixta, o sea, que se trata de una doble acción causal bacteriana.

4.º Finalmente, enfermos con hemocultivo negativo.

Esos cuatro factores influyen en que la estadística sea menos favorable a los antibióticos.

A juicio del conferenciante, cuando no se logran resultados favorables con la penicilina tampoco se logran con los antibióticos bacteriostáticos. O sea, que la acción bactericida es mejor que la bacteriostática.

Influye en la mortalidad el hecho de la reinfección endocárdica, que puede ser provocada por gérmenes distintos o por gérmenes de un mismo tipo. En algunos casos contribuyen en la infección dos gérmenes distintos. Se llega, pues, a la conclusión de que, para las endocarditis lentas, son factores adversos la reinfección, la asociación por distintos gérmenes y la condición gémica del paciente.

Pero quedan las endocarditis lentas con hemocultivo negativo, las cuales continúan siendo un enigma y un verdadero quebradero de cabeza para los que se ocupan de ellas. Y es de notar que desde hace unos años se observa un aumento de las formas negativas

con relación a las positivas y en una proporción tan grande que aquéllas llegan a duplicar y aun a triplicar a éstas.

Es posible que estas formas tengan también un origen bacteriano, pero los gérmenes permanecen ocultos, reaccionan distintamente y la enfermedad es inasequible a los antibióticos.

El autor cree que este aumento de las formas negativas podría atribuirse a ciertas formas de alimentación en sentido restrictivo, como ocurrió en España a raíz de nuestra guerra civil. En los antecedentes de esos enfermos que sufrían y sufren endocarditis lentas y negativas se comprueban antecedentes carenciales que llaman la atención, como el hecho de haber tomado parte activa en la guerra, haber estado en campos de concentración, cárceles, etc., que permiten relacionar una cosa con otra.

Clínicamente, estas formas se parecen a las positivas, pero así como en éstas el desarrollo dura de seis a siete meses, en cambio, en las negativas, su evolución es de uno a tres años; lo cual ha hecho que algunos médicos hayan cometido el error de darlas por curadas.

Termina su disertación el Doctor TRÍAS diciendo que, a pesar de que su comunicación tenga un tono pesimista, él cree que debe seguir luchándose en espera de que surjan nuevos antibióticos que ataquen a los gérmenes hoy resistentes

y que se siga un método de tratamiento más eficaz. Cree que es de gran importancia la precocidad del diagnóstico y del tratamiento a dosis elevadas. Con un hemocultivo precoz y un tratamiento a altas dosis pueden mejorar mucho las estadísticas. Todo enfermo joven portador de una lesión valvular que se halle en estado febril y cuya duración sea superior a una semana, debe considerarse como afecto de endocarditis lenta, aunque su hemocultivo resulte negativo.

El académico numerario Dr. SOLER Y DOPFF alaba sin reservas la brillante disertación del Dr. TRÍAS y hace incapié en la necesidad de seguir sus consejos, porque la endocarditis lenta, aunque en proporción más reducida que en años atrás, sigue siendo una de las pocas infecciones en las que se dan casos de incurabilidad.

El Presidente agradece al Doctor TRÍAS su importante comunicación y hace recalcar el hecho de que la afirmación del conferenciante de que al principio se lograba curar endocarditis lentas con cantidades de penicilina que hoy parecerían ridículas, se ha visto en todas las demás formas de enfermedades infecciosas. Así, en la bronconeumonía, eran espectaculares los resultados que en 1945 se lograban con algunas decenas de millares de penicilina, y hoy requieren millones. Y es muy sensible que este abuso inmoderado de los antibióticos se haya desarrollado

tanto en Barcelona, en cuya Real Academia de Medicina levantó por primera vez su voz FLEMING contra el empleo de aquel antibiótico en enfermedades para las cuales no se requería en absoluto su uso, dando la voz de alarma por el peligro que ello podría representar al dar lugar a la creación de cepas bacterianas penicilino-resistentes. Y esto es lo que ha sucedido. Por esta razón, los laboratorios productores se ven obligados a buscar constantemente nuevos preparados antibióticos que suplan a los que van resultando inactivos o poco activos. Por esta razón el médico consciente no debe dejarse llevar del afán que tienen muchas familias de emplear, venga o no venga a tono, nuevos preparados cuyas excelencias no se cansan de publicar las firmas productoras.

Y agradece al Dr. TRIÁS DE BES sus siempre interesantes aportaciones, sobre todo estas que se refieren al problema de la endocarditis lenta, que ha sido de los primeros en estudiar en nuestra Patria.

Día 19.—En este día ocupa nuestra tribuna el Profesor Dr. D. Ricardo ERCOLE, de Rosario (Argentina), para dar una conferencia con el título de: *Incontinencia de orina en la mujer*.

Después de unas palabras de salutación por el Presidente Dr. CORMINAS, el académico numerario Dr. PUIGVERT hace la presentación del conferenciante, de quien dice que es una de los más constipos

representantes de la especialidad urológica en aquella República Sudamericana. Sus publicaciones científicas son numerosas e importantes y hoy ocupa uno de los lugares más destacados entre los hombres de ciencia de aquel país, que ha sabido en pocos años ponerse al nivel de los pueblos más cultos.

El Dr. ERCOLE empieza su conferencia dando las gracias al Presidente por haberle dispensado el honor de ocupar nuestra tribuna, que para las Repúblicas Sudamericanas tiene el valor de la Representación de la importante cultura médica de nuestro país y dice que se siente sobrecogido de poder hablar en un edificio erigido hace dos siglos para enseñanza de la cirugía en Barcelona.

Dice que va a ocuparse de un tema de patología femenina que considera fundamental, en parte por su frecuencia, ya que un 50 ó 60 por 100 de las mujeres presentan incontinencia en cierto grado, aunque sólo sea de esfuerzo y, además, porque este aspecto de patología femenina no ha sido demasiado tratado en forma universal. Dice que se referirá únicamente a la incontinencia uretral, prescindiendo de aquéllas debidas a una solución de continuidad de la vejiga, ectrofia vesicular, etc. Dice que, según su criterio, el mecanismo esfinterovesiculouretral no tiene la misma jerarquía en el hombre que en la mujer, ya que en ésta

no existe un esfínter estriado tan bien desarrollado como en el hombre y, además, porque por las relaciones de vecindad con el aparato genital, está más expuesto a los procesos traumáticos del parto, lo que hace que sean mucho más frecuentes las incontinencias en la mujer que en el hombre.

Es muy importante conocer la anatomía y la fisiología de estas partes para poder fundar mejor el tratamiento de esta enfermedad. Bastará decir que el mecanismo esfinteriano-vesículo-uretral no tiene igual mecanismo que en el hombre. Un mecanismo representa la suma de una serie de factores estáticos y dinámicos, casi más importantes los primeros que los segundos, ya que aquéllos son los que condicionan la continencia. Existen dos elementos dinámicos: esfínter liso del cuello vesical y esfínter estriado. El liso está mantenido en su posición a través de los ligamentos uretrales y de un elemento dinámico fundamental, que son las fibras que mantienen el nivel y que sostienen el tono. La relajación de las fibras tubocólicas junto con la contracción de los músculos abdominales y la inmovilización del diafragma son los que originan el paso de las primeras gotas de orina. Desde el punto de vista terapéutico, este hecho tiene una importancia fundamental. La forma en S de la uretra, que desaparece en la incontinencia, constituye un elemento estático.

El sistema simpático influye poco en el acto miccional y es el parasimpático el elemento nervioso de la evacuación de la vejiga y de enervación de los elementos musculares del periné.

Son varios los factores etiológicos que pueden provocar las incontinencias. Unos pueden ser de carácter local, como, por ejemplo, los partos. Otros, de orden general, que pueden ser hormonales o factores neurógenos de enervación.

Analizando los factores que condicionan la incontinencia, pueden distinguirse: incontinencia de orina por rebosamiento, incontinencia por aumento de la sensibilidad vesicular y aumento del tono; incontinencia por alteraciones del mecanismo esfinterovesicular, que es el que interesa desde el punto de vista terapéutico. Esta incontinencia puede ser producida por cistocele, uretrocele, partos, embarazos y deficiencia neuromuscular.

Ante una incontinencia de orina, ¿cuál ha de ser nuestra conducta? Lo primero que debe hacerse es averiguar el factor etiológico y el mecanismo de producción, por lo cual es preciso prestar gran atención al interrogatorio, ya que a veces por él solo se puede llegar al diagnóstico. Además de un buen interrogatorio debe hacerse un examen neurológico, urológico, genital y del aparato urológico. Si conviene, puede completarse el examen neurológico con una radiografía de la columna lumbosacra.

El examen genital debe dirigirse hacia el estudio del carácter de los partos e intervenciones que haya sufrido la mujer. Respecto al aparato urinario, además del examen general debe hacerse un estudio radiográfico, endoscopia, cistometría y un estudio cistográfico.

En muchos casos, el mecanismo está debilitado, pero es continente, más si se le agrega otro factor, éste es el que produce la rotura del equilibrio. Así, por ejemplo, curando una cistopatía, la enferma puede recobrar su continencia.

Finalmente se hace la cistografía. Se le ha dado mucha importancia y hay diversos procedimientos para el estudio de la vejiga y la uretra. El conferenciante dice que practica sistemáticamente la cistografía estando la enferma acostada, de pie y con esfuerzo; o sea, tres placas en posición antero-posterior y sólo en casos de mucho grosor se practica una oblicua.

Pocas palabras para hablar del tratamiento, que corresponde más bien a los tocólogos. El tratamiento de la incontinencia consiste en vigilar el parto, y gracias a la mejor orientación de los partos el número de incontinencias ha disminuido mucho y debe disminuir más. En las mujeres multiparas, que es donde más se observa la incontinencia, ésta suele ser de esfuerzo. Tiene mucha importancia el tratamiento de reeducación funcional. En las mujeres ancianas se obtie-

nen a veces buenos efectos con tratamiento estrogénico.

El conferenciante dice que hace 15 años practica el tratamiento de las incontinencias de orina mediante la electro-coagulación del cuello por tres puntos y con ello obtiene un 75 por 100 de curaciones. Sin embargo, a la larga, estas enfermedades pueden recidivar. Si fracasa, puede repetirse, y a veces se obtiene la curación después de la tercera intervención. Como este procedimiento es muy sencillo, ambulatorio, puede repetirse varias veces.

El gran número de intervenciones quirúrgicas que se ha descrito para curar la incontinencia de orina en la mujer demuestra bien a las claras que no hay ninguno perfecto y cada urólogo procura encontrar el mejor.

Si se tiene en cuenta que el factor fundamental de la evacuación vesicular está condicionado por la relajación de las fibras del elevador, o sea por el descenso del cuello, se ha de aceptar que en el tratamiento quirúrgico lo fundamental es poder aplicar nuevamente el cuello en su sitio, en su posición normal. O sea, que lo fundamental es elevar el cuello, cosa que es muy factible y, en cambio, es imposible, con una sola operación, reconstruir el elemento muscular de la uretra o del cuello.

Día 30.—El académico correspondiente Dr. FARRERONS Co, anuncia su conferencia con el título de *En-*

sayos entre lo barroco y lo clásico en medicina y dice que el objeto de la misma es ofrecer a la consideración de los Señores Académicos el resumen de un libro que ha de llevar el mismo título, en el cual trata de la revisión de algunos capítulos de la Historia de la Medicina.

Cabe estudiar la Medicina barroca y la Medicina clásica. Pero no puede hacerse aisladamente esta diferenciación, porque coexisten, si bien la mayor o menor proporción de cada uno de aquellos elementos es lo que proporciona el colorido a la Medicina, o sea, lo que caracteriza a los periodos barroco y clásico.

No hay duda de que existe una Medicina barroca, de la misma manera que se habla de pintura, escultura o arquitectura barrocas; de igual manera se puede hablar de Medicina clásica, pintura clásica, etcétera.

Se ha de tener en cuenta la circunstancia de que, como dice Lain Entralgo, la Medicina se modifica después de lo que han hecho el arte, la religión, la filosofía, etc., lo cual es comprensible, ya que siendo el sujeto de la medicina el hombre, es natural que la idea que se tenga de él en otras ramas del saber influya en los métodos empleados para averiguar su dolencia o aplicar los remedios para combatirla.

Estos elementos que se mezclan, se obscurecen y reviven, confieren

una tónica especial a la Historia de la Medicina, que podemos describir así: medicina barroca, que va desde la aparición del hombre en la Tierra hasta 500 años antes de Jesucristo. Con Galeno terminaría esta época en que se consideraba al hombre como un ser magnífico e inigualado. Más tarde, la Medicina se humaniza y en la baja y en la media se llega al descubrimiento de la circulación de la sangre, lo cual convierte en dinámico lo que hasta entonces se creía que era traslado de espíritu en función vegetativa.

Por lo que hace referencia a la época clásica, puede considerarse que va desde el tercer milenio antes de Jesucristo hasta el siglo V de nuestra era. El concepto de classicismo se empezó a emplear en la Edad Media, a raíz del Renacimiento.

Si se consideran los años más cercanos a nuestra época, quizá se piense que no hay ya movimiento de vaivén. Pero, sin embargo, éste perdura. En efecto, vemos que en el siglo XVIII privan el movimiento de los anilistas, el del vitalismo, etcétera.

Es corriente creer que la Medicina clásica empieza en Hipócrates, pero, en realidad, debe situarse su comienzo en épocas muy anteriores, siendo Hipócrates quien la sistematizó.

Cabe hablar también de la Medicina árabe, entendiéndose por tal aquella cuyos textos se encuen-

tran escritos en árabe, aun cuando muchos de sus autores fuesen españoles, persas, etc. La Medicina árabe es ornamental, barroca y puede decirse que fué la que infundió carácter a la Medicina de Salerno, de raíz hipocrática, en intenso contacto con los monjes de Montecassino, punto de partida de toda la Medicina moderna.

Posteriormente viene la época de la Yatrofísica, en la cual todo se explica mecánicamente y se pretende explicar todo lo referente al cuerpo humano mediante fórmulas algebraicas.

A pesar de todo, se mantiene la creencia en el poder mágico. Así, por ejemplo, se creía que la imposición de las manos de los reyes curaba las enfermedades, y se dice que Luis XVI llegó, en una ocasión, a imponerlas 2.700 veces.

Por aquellos tiempos era más importante conocer el pronóstico que el diagnóstico, y por esta razón se hacían ofrendas a los dioses y se examinaban los hígados de las aves sacrificadas.

De aquellas épocas remotas precede el uso de muchas joyas, que hoy siguen usándose desconociendo su origen. Así, por ejemplo, la pulsera que llevan las mujeres fué, antiguamente, un amuleto con el cual pretendían retener en las muñecas el latido de la vida.

Este concepto de la Medicina vuelve a tener importancia entre los monjes de la Edad Media. En aquella época, el hombre se hace

otra vez pequeño, cree en entes y en dioses y resurge la astrología. El hombre es considerado como un microcosmos y se supone que quien conoce el Universo conoce al hombre, y al revés. Por ello, mediante las estrellas, se puede saber el destino del hombre.

La alquimia adquiere también mucha importancia, y los medicamentos maravillosos, como la triaca, que estaba compuesta por noventa sustancias, la principal de las cuales era la carne de víbora, se mantuvo por espacio de 1.300 años, conservando Venecia la exclusiva de su fabricación. Podríamos decir que la Medicina barroca se encuentra hoy en manos de los radiostesistas (radiestesia).

Para terminar, dice el conferenciante que es lógico que los clínicos actuales intenten explicar todo aquello que no pudo explicarse en tiempos remotos. Así, por ejemplo, por qué razón después de hablar con determinada persona nos sentimos eufóricos y, en cambio, con otras deprimidos. Ortega y Gasset dice que hay seres rebosantes de vitalidad y seres que carecen de ella; los primeros nos animan, los segundos nos deprimen.

El Presidente, Dr. COROMINAS felicita al conferenciante por su interesante aportación, pero cree de su deber llamar la atención al Doctor FARRERONS, porque le cree inclinado a creer fácilmente en esos poderes mágicos a que ha hecho referencia, cosa que la Medicina

moderna no puede admitir. Se refiere al libro de Ambrosio Paré, quien, a pesar de ser un experto cirujano y hombre eminente en su tiempo, explica en su libro la expulsión de fetos con cabeza de un animal cualquiera y otras cosas por el estilo, que incluso aparecen grabados en su libro. Pero, es verdad que siempre que se refiere a hechos de esta o parecida naturaleza no afirma haberlos visto, sino que habla sólo por referencias, lo cual indica que en tiempos remotos se creía fácilmente en cosas no explicables.

La Medicina filosófica que tanto privó en los siglos XVII y XVIII fué barrida por los anatómicos e histólogos alemanes y franceses y especialmente, a partir de la Medicina experimental de Claudio Bernat.

El clínico ha de tener siempre en cuenta la influencia del sistema nervioso en patología humana y acoger con reserva muchos de los resultados, que aparecen como milagrosos, obtenidos mediante el psico-análisis que, bien mirado, sólo influye sobre determinadas personas, que las más de las veces ya acuden al médico con intención de dejarse influir.

Mes de Diciembre de 1954

Día 14.—El académico corresal, Dr. D. Manuel MIRALBELL CENTENA profesa una conferencia con el título de *Aportación al diagnóstico y, en especial, a la profilaxia*

de la escarlatina. Dice que incluye en el calificado de escarlatina desde las formas más atenuadas hasta las que presentan el cuadro completo.

Actualmente, se consigue curar bien a los escarlatinosos y que los hermanos no se contagien. Pero antes de la aparición de las sulfamidas y de los antibióticos también se obtenían buenos resultados. ¿Cómo explicar todo ello? Lo primero que llamó la atención fué que se tendía a disminuir el período de aislamiento, y entonces se vió que los pequeños brotes epidémicos coincidían con el reingreso al colegio de niños que acababan de pasar la enfermedad.

Cree el conferenciante que esta disminución del período de aislamiento y el incumplimiento de las normas clásicas son la causa de la diferencia que se observa entre la disminución del número absoluto de escarlatinosos y del relativo.

Escuelas americanas y algunas europeas sostienen que los análisis de los frotos faríngeos de los escarlatinosos se negativizan a los pocos días de iniciarse la enfermedad, lo cual va acompañado de la curación clínica de los enfermos y afirman, además, que las descamaciones cutáneas no pueden ser fuente de contagio. O sea que, según estas teorías, no es necesario guardar el período de aislamiento.

Algunos autores dicen que basta un aislamiento de 14 días y hay quien llega a 8; y se ha llegado a

decir que puede permitirse la vuelta al colegio a los 14 días si el enfermo ha sido tratado con penicilina.

Es cierto que los médicos europeos no aceptan, en general, este modo de pensar. Pero así y todo ese plazo de 14 días se ha aplicado a muchos niños al desaparecer todo síntoma de enfermedad.

Lo que importa saber, con garantía de laboratorio es:

1.º Confirmación del estreptococo hemolítico en todo escarlatinoso:

a) Comprobar en varios casos de anginas que no eran escarlatinosas la presencia del germen.

b) Comprobar el número de niños que llevan el estreptococo sin estar enfermos.

2.º Comprobar si hay estreptococo en los convalecientes pasados los cuarenta días.

3.º Repetir el análisis cada cuatro días si se encuentran gérmenes.

4.º Si no se encuentra el germen, repetir el análisis más tarde para su confirmación.

Practicados todos estos exámenes por analistas competentes se ha observado:

a) En 18 exámenes bacteriológicos practicados en anginas no

escarlatinosas se obtuvo el siguiente resultado.

| | |
|--------------------------------|----|
| Sin estreptococo hemolítico... | 17 |
| Con estreptococo hemolítico... | 1 |

b) En doce niños sanos:

| | |
|--------------------------------|----|
| Con estreptococo hemolítico... | 0 |
| Sin estreptococo hemolítico... | 12 |

El contraste es bien evidente, y de él pueden sacarse dos conclusiones, una científica y otra práctica: la confirmación del concepto actual de la influencia del estreptococo hemolítico, cuya ausencia permite negar la escarlatina, pero cuya presencia no la afirma. La conclusión práctica es la de que es conveniente intensificar los análisis bacteriológicos y de cultivo.

Este examen permite diagnosticar todas las escarlatinas leves, hoy tan frecuentes, que a veces se confunden con otras enfermedades exantemáticas. Se comprende la importancia que tiene todo ello para la evitación o curación de procesos secundarios, tales como la nefritis. El Dr. MIRALBELL ha hecho practicar análisis a los catorce días de enfermedad, encontrando un porcentaje positivo de 96 por 100 con abundantes colonias de gérmenes; cosa que no concuerda con la afirmación de muchos autores americanos.

Al principio creyó el conferenciante que esta disparidad podría

ser debida a diferencias de tratamiento; pero, comprobado, no podía ser así, pues aquí se habían administrado incluso dosis de penicilina superiores a las empleadas en América. Pudo pensarse que se trataba de una cepa especial con una resistencia superior, pero esta idea hubo de desecharse por cuanto estos análisis no fueron practicados en una sola epidemia de escarlatina, sino en casos aislados durante dos años consecutivos. Sólo cabe una hipótesis: la de suponer que aquellos autores hacen los análisis durante o inmediatamente después de aplicar la penicilina y el Dr. MIRALBELL los hace bastante días después: una semana. ¿Será porque, en este plazo se ha eliminado la acción de la penicilina y ha habido reactivación de gérmenes?

Proyecta el autor varios cuadros para demostrar que no es cierto que el escarlatinoso tratado con penicilina deje de ser contagioso a los 16 ó 18 días, o sea, que es una imprudencia hacer volver a los niños a la escuela antes de los 40 días.

Concede, pues, el conferenciante gran importancia a la investigación de la existencia del estreptococo hemolítico. Insiste en recordar que, dando de alta a los niños a los 14 días, como es una fecha anterior a la aparición del segundo período, no puede decirse que no vuelva a aparecer el germen, en cuyo caso el niño podrá convertirse en una fuente de contagio para sus compañeros, por cuya razón no debe darse de alta a ningún escarlatinoso sin haber pasado de la tercera semana.

Pueden darse casos en que pasado este período sigan hallándose cultivos positivos, quizá porque la sangre del enfermo carezca de determinada proteína, por cuya razón será prudente convenir en el período clásico de los 40 días de aislamiento.

Termina su conferencia diciendo que algunos autores vuelven a dar sistemáticamente penicilina pasadas las tres primeras semanas, y que él, en definitiva, es partidario de atenerse, con penicilina o sin ella, al período clásico de aislamiento.